Ein Fall

von

Uterus duplex, Vagina duplex

mit

hymenaler Atresie der Scheide.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

medizinischen Fakultät zu Erlangen

von

Jacob Fischer

approb. Arzt

aus

Mussbach a. d. Haardt.

Neustadt a. d. Hdt.

Buchdruckerei J. H. Ziegler.

1891

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545819_0044

Ein Fall

von

Uterus duplex, Vagina duplex

mit

hymenaler Atresie der Scheide.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

medizinischen Fakultät zu Erlangen

von

Jacob Fischer

approb. Arzt

aus

Mussbach a. d. Haardt.

Neustadt a. d. Hdt.

Buchdruckerei J. H. Ziegler.

Gedruckt mit Genehmigung der med. Fakultät.

Ref. Professor **Dr. Frommel.**

Es ist mir eine angenehme Pflicht, hier an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor *Dr. Frommel* für die gütige Ueberlassung dieser Arbeit, sowie für die mir in so freundlicher Weise gewordene Unterstützung meinen besten Dank auszudrücken.

Seinen lieben Eltern

aus

innigster Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Dass die Bildungsanomalieen der inneren Genitalien des Weibes bei Weitem später als die der äusseren zur wissenschaftlichen Kenntniss weiterer Kreise gekommen sind, war in der Natur der Sache begründet. Die mehr verborgene Lage und relative Symptomlosigkeit der ersteren erklärt diesen Umstand in ungezwungener Weise. Indessen war man auch über diese schon zu Anfang unseres Jahrhunderts sehr gut orientirt. In dem grossen Werke von *W. H. Busch:* „Ueber das Geschlechtsleben des Weibes" Bd. III. findet man z. B. schon eine Schilderung der einzelnen Formen, welche den Anforderungen, die man für die damalige Zeit an sie stellen kann, vollkommen genügt. In ähnlicher Weise trifft man auch in dem Lehrbuche der Frauenkrankheiten von *Fr. L. Meissner* die einzelnen Arten der Missstaltungen ziemlich genau auseinandergehalten und auch schon die Art und Weise angegeben, wie man sie erkennen kann. Auch die pathol. Anatomen hatten sich bereits Verdienste um die Erkennung dieser Missbildungen erworben. *Rokitansky* und *Förster* gaben ebenfalls schon genaue Darstellungen der einzelnen Formen, wenn, wie natürlich, auch nur im rein morphologischen Sinne.

Freilich zur Erklärung dieser sog. Missgeburten hatte die Zeit vor Begründung der Entwickelungsgeschichte keinen Schlüssel. Erst die Entwickelungsgeschichte lehrte den Schleier lüften und in dieser Richtung hat die Lehre von den Missbildungen des weiblichen Genitalkanals mit dem Erscheinen des epochemachenden Buches von *Kussmaul:* „Von dem Mangel, der Verkümmerung und der Verdoppelung der Gebärmutter" einen elementaren und bahnbrechenden Fortschritt erfahren. Kussmaul hat zum ersten Male in seinem erwähnten, anerkannt vortrefflichen Werke nicht nur eine klare Darstellung dieser Missbildungen gegeben, sondern dieselben auch aetiologisch erklärt, und zwar als Hemmungsbildungen in einem embryonalen respective fötalen und infantilen Entwickelungsstadium.

Welcher Art diese Hemmungen sind, wissen wir allerdings noch nicht; die Kräfte, welche der normalen Entwickelung eines Organismus oder eines einzelnen Organes zuweilen entgegentreten, sind unseren bisherigen Untersuchungsmitteln noch so unzugänglich, unserem Auge noch so verborgen, dass wir nicht im Stande sind, mit Gewissheit zu sagen, worin sie beruhen. Mit Sicherheit können wir wohl annehmen, dass die Ursachen solcher Abnormitäten im embryonalen Körper keine anderen sein können, als die Ursachen der Krankheiten im erwachsenen Körper, nämlich physische. Ob aber unter diesen den mechanischen der einzige, wenigstens erste Platz gebührt, oder ob auch thermische, chemische u. s. w. einwirken, ob für jede Missbildung eine andere Hemmungsursache und für eine gewisse immer dieselbe besteht, ob endlich hier Anomalieen der Uranlage oder der Ernährung vorliegen, oder ob die einer Zelle oder Zellengruppe innewohnende Tendenz eine qualitativ oder quantitativ verschiedene ist: sind Fragen, die noch präciser Entscheidung harren. Kussmaul hat nun diese Hemmungsbildungen auch bezüglich der Abänderung ihrer physiologischen Function eingehend beleuchtet und systematisch eingetheilt. Eine Erweiterung erfuhr diese Kussmaul'sche Eintheilung durch *Le Fort, v. Holst* und *L. Fürst.* Letzterer hat zur Erklärung und zum besseren Verständniss der Entstehung der einzelnen Abnormitäten genau den Entwickelungsstand der Genitalorgane während der einzelnen Embryonalperioden verfolgt und auch die Möglichkeit der Combination verschiedener Hemmungsbildungen während der einzelnen Evolutionsabschnitte auf das Genaueste markirt und zusammengestellt. Die Entwickelungszeit der einzelnen Formen von Bildungshemmungen des Uterus theilt Fürst in fünf Perioden ein.

Die erste Periode, von der Befruchtung bis zur achten Woche des Fruchtlebens, umfasst den primitiven Zustand jener Gebilde, sowie den Beginn der geschlechtlichen Differenz durch die Veränderungen der Geschlechtsdrüsen und durch die beginnende Verkümmerung der Wolff'schen Körper beim weiblichen, der Müller'schen Gänge beim männlichen Individuum. Zugleich ist für den Schluss dieser Periode charakteristisch, dass der Schwund des Septum, welches die im Genitalstrange nebeneinanderliegenden Gänge trennt, noch nicht begonnen hat. Die am hinteren Leibesende befindliche einfache Kloake, in welche Darm und Urachus

(Allantois) münden, ist noch einfach, doch entstehen vor derselben bereits in der sechsten Woche der Geschlechtshöcker, die zweiseitlichen Geschlechtsfalten und Ende der achten Woche die Geschlechtsfurche an der unteren Seite des Geschlechtshöckers. Die Theile sind aber noch geschlechtlich indifferent.

Die zweite Periode reicht von der achten bis zur zwölften Woche des Fruchtlebens und markirt sich dadurch, dass am Ende der zwölften Woche das Septum ganz geschwunden ist. Zugleich stieg die Verschmelzungsstelle der Müller'schen Gänge höher hinauf, so dass der Winkel, welchen die Hörner des Uterus bilden, höher zu liegen kommt und stumpfer wird. Uterushorn und Tube sind deutlich durch die Insertion des Lig. u. rotundum geschieden und auch bereits von verschiedener Gestalt. Auch ist zu bemerken, dass in der zweiten Hälfte der Periode die Kloake sich durch erste Anlage des Septum in Afteröffnung und Sinus urogenitalis trennt.

Die dritte Periode dauert von der zwölften bis zur zwanzigsten Woche und ist in ihrem Abschlusse dadurch bezeichnet, dass die winkelige Einbuchtung am Fundus völlig verschwunden und derselbe äusserlich plan ist. Die Uterushörner sind verschwunden und die Tubarenden nur noch stark ausgezogen. Im Uterus hat sich der Arbor vitae gebildet, während die Scheide noch glatt ist, das Crificium externum hat sich ausgebildet, der Damm ist grösser geworden. Der Sinus uro-genitalis ist, während die Vagina wesentlich wuchs, in seinem Wachsthum ganz zurückgeblieben, so dass die Harnblase jetzt in den Genitalkanal zu münden scheint, anstatt dass letzterer früher das Nebensächliche schien. Der Sinus uro-genitalis ist zum Vestibulum vaginae geworden; der Geschlechtshöcker hat sich durch Verkümmerung zur Clitoris, die Geschlechtsfalten sind zu den Labia majora, die unteren Ränder der Geschlechtsfurche durch Vergrösserung zu den Labia minora umgewandelt. Zugleich ist der Damm wesentlich grösser geworden, der Hymen ist entstanden.

In der vierten Periode, welche sich von der zwanzigsten Woche bis zum Schlusse des Fötallebens erstreckt, sind allerdings die Veränderungen weniger augenfällig, aber doch immerhin vorhanden. Die Scheide beginnt sich zu falten und Scheidentheil wie Körper des Uterus haben eine stark gefaltete Schleimhaut.

Charakteristisch für diese Periode ist die vom Halstheile nach dem Fundus uteri fortschreitende grössere Auswölbung, in deren Folge die dreizipfelige Gestalt des Uterus in eine walzenförmige und schliesslich birnförmig abgerundete übergeht.

Als fünfte Periode könnte man hieran noch die Zeit von der Geburt bis zur Pubertät bezeichnen, bis zu der die Wand des Körpers und Grundes gradatim an Dicke zunimmt und während welcher bis zum sechsten Jahre die Schleimhaut des Uterus-Körpers glatter wird, bis schliesslich noch eine Längsfalte zurückbleibt. Was nun die von uns zu beschreibende Hemmungsbildung anbelangt, so bilden sich die Verdoppelungen des Uterus, wenn die beiden Müller'schen Kanäle gut ausgebildet sind, ihre Verschmelzung aber ausgeblieben oder doch nur mangelhaft zu Stande gekommen ist.

Es lassen sich folgende Formen unterscheiden:

1. Uterus septus, bei welchem der äusserlich normale Uterus durch eine Längsscheidewand im Innern in zwei Hälften getheilt wird, entweder vollständig, oder so, dass die Scheidewand nur bis zum inneren Muttermund oder selbst nur zum Theil in die Höhle des Körpers hineinragt (Uterus subseptus). Selten ist bei einfacher Uterushöhle ein getheilter Cervix und also doppelter Muttermund vorhanden.
2. Uterus bicornis, bei dem die beiden Hälften im oberen Theil divergiren, also zwei Hörner bilden. Der zweihörnige Uterus kann vollständig oder nur theilweise doppelt sein.
3. Uterus duplex separatus 1. didelphys, bei dem die Gebärmütter vollständig von einander getrennt liegen; dieselben haben sich zu vollkommen selbstständigen Organen ausgebildet, welche weder eine Verwachsung der Substanz, noch Gemeinschaft der Wandung zeigen, sondern entweder garnicht oder doch nur lose mit einander in Verbindung stehen.

Was nun die Entstehungszeit unserer Anomalie angeht, so wird dieselbe für den Uterus didelphys von Kussmaul und Fürst übereinstimmend in die erste Entwickelungsperiode verlegt, weil vor Ablauf der achten Woche schon die vollständige Vereinigung

der Müller'schen Fäden eingetreten ist. Speziell für unseren Fall wird der genannte Termin als der späteste anzunehmen sein, da bei ihm die Müller'schen Fäden unten schon vollständig verschmolzen sind.

Die Complication unseres Falles mit Haematocolpos und Haematometra ist bedingt durch gleichzeitig vorhandene Atresie der Scheide.

Die Combination der Uterusduplicität mit Haematometra unius lateris ist nicht ganz selten. *Schröder* unterscheidet dabei folgende Formen:

1. Vollständige Ausbildung beider Müller'schen Fäden ohne Verschmelzung derselben, complicirt durch Atresia hymenalis der einen Seite.
2. Vollständige Ausbildung beider Müller'schen Fäden mit Verschmelzung der beiden Scheiden. Getrenntbleiben der beiden Gebärmütter und Verschluss einer derselben.
3. Mangelhafte Ausbildung des einen Müller'schen Ganges in seinem unteren Theile ohne Verschmelzung der Gänge, und zwar:
   a) nur das untere Stück der Vagina fehlt,
   b) die Vagina endet in der Mitte blind,
   c) das ganze unterste, später die Scheide bildende Stück des Müller'schen Ganges ist unausgebildet.

Vollständig congruent ist unser Fall keiner der drei Formen dieses Schemas; doch lässt er sich wohl sehr gut unter den Typus No. 2 rubriciren, allerdings mit dem Zusatz des Scheidenverschlusses.

Bevor wir auf unseren Fall nun selbst eingehen, müssen wir hervorheben, dass derselbe in seiner Vorgeschichte bereits veröffentlicht ist. Zwecks der Vollständigkeit und deutlicheren Uebersicht jedoch mag es gestattet sein, dieselbe hier nochmals des Genaueren anzuführen.

Margarethe B., Dienstmagd, 19 Jahre alt, aufgenommen am 1. Mai 1886, hatte im Alter von sechs Jahren Friesel und Brustentzündung; sonst war sie stets gesund. Der Vater der Patientin starb an Brustentzündung. Die Mutter und zwei Schwestern sind gesund. Eine Schwester starb an Halsbräune. Vor einem Jahr bekam Patientin plötzlich Schmerzen im Leib

und im Kreuz, die nach dem After hin ausstrahlten. Dieselben hielten acht Tage lang an. Patientin glaubte, sie rührten vom Eintritt der Menstruation her, die sie noch nicht gehabt hatte; es zeigte sich jedoch kein Blut. Nach vierzehn Tagen traten wieder Schmerzen mit derselben Intensität auf, hielten aber vierzehn Tage an. Da sich nach vierzehn Tagen die Schmerzen wieder einstellten, ging Patientin in das Spital zu B., wo sie zwei Wochen behandelt wurde. Dort bemerkte sie (August 1885) eine schmerzhafte Anschwellung in der rechten Seite des Unterleibes, die nach vier Tagen wieder verschwand; angeblich war sie gänseeigross. Die Schmerzen kehrten in regelmässigen Intervallen von vierzehn Tagen wieder, immer vierzehn Tage anhaltend und an Intensität zunehmend. Nach Weihnachten bemerkte Patientin auf der linken Seite eine ebensolche Geschwulst wie früher, die ebenfalls wieder verschwand. Seit Februar besteht die Geschwulst unverändert fort. Die Schmerzen sind unerträglich. Seit acht Tagen haben sich dieselben erheblich gesteigert. Patientin ist behufs Operation von ihrem Arzte der Klinik überwiesen. Appetit gut; Stuhl angehalten.

Status praesens:

Mittelgrosses, kräftiges, gut gebautes Mädchen von gutem Ernährungszustande, Herz und Lungen normal, Brüste mässig entwickelt; Drüsensubstanz sehr weich. Warzenhof ist nicht pigmentirt.

Das Abdomen zeigt in der unteren linken Hälfte eine leichte Vorwölbung; die Bauchdecken wenig gespannt, fettreich. An der Stelle dieser Vorwölbung lässt sich eine unregelmässige, wenig bewegliche, ziemlich harte, faustgrosse, sehr schmerzhafte Geschwulst (Uterus) palpiren; rechts Palpation nicht schmerzhaft, kein Tumor. Der Leibesumfang über dem Tumor, der jedoch äusserlich sehr wenig und undeutlich sichtbar ist, beträgt 77 cm, der Abstand der oberen Grenze der Geschwulst von der Symphyse 12,6 cm. Die kleinen Schamlippen wenig vorhängend. Hinter dem Hymen geht die Sonde noch 19 mm in die Höhe und stösst hier auf ein Hinderniss. Der Hymen virginell. Per rectum fühlt man an Stelle der Vagina eine prall elastisch, kindskopfgrosse, aber etwas längliche, unbewegliche Geschwulst. Die genaueste Untersuchung lässt eine Differenzirung der Tumormassen, nament-

lich des Ueberganges des Uterus in die Scheide nicht zu; namentlich ist eine genaue Abtastung der Tuben nicht möglich.

1. Mai: Patientin klagt fortwährend über heftige Schmerzen. Morphium.

2. Die Schmerzen liessen gestern auf Morphium nach, setzten jedoch heute früh mit erneuter Heftigkeit ein. Abends eine Morphiuminjection.

3. Gegen Abend heftige Schmerzen. Morphiuminjection; Ol. Ricini.

6. Morgens geringe Temperaturerhöhung ohne wesentliche Störung des Befindens. Abends geht die Temperatur spontan herunter; Patientin hat weniger Schmerzen.

8. Die Temperatur bleibt normal. Die Schmerzen sind wesentlich geringer und treten nur Nachts ein bis zwei Stunden auf; die Operation kann also bald vorgenommen werden.

10. In Stickoxydul-Sauerstoffnarkose wird die die Scheide verschliessende Membran mit spitzer Scheere quer durchtrennt, dann unter genauer Controle der Blase mittelst Katheters und des Rectums mittelst des Fingers mit den Fingern stumpf weitergearbeitet. Diese Trennung musste 4 cm in die Höhe gehen, bis man die untere Tumorgrenze erreichte. In diesen Tumor wird nun ein spitzes Messer eingestossen: sofort entleert sich langsam dunkelbraunes, nicht übelriechendes, breiiges Blut, das mikroskopisch und culturell keine Coccen enthält. Das Blut fliesst nur langsam vorquellend ab und wird in massenhaft vorgelegter Watte aufgefangen. Erwacht fühlt sich Patientin sehr wohl; kein Brechen, keine Uebelkeit; leichtes Brennen in den Genitalien. Den ganzen Tag fühlt sich Patientin sehr wohl. Temperatur Abends 37.9.

11. Nachts stieg die Temperatur unter heftigen Kopfschmerzen hoch an (um 5 Uhr Morgens 39.5, 8 Uhr 39.4). Keine Schmerzen im Leib, kein Meteorismus.

Auf dem Operationstische wird nun die Schnittstelle in Chloroformnarkose eingestellt, diese mit dem Simpson'schen Metrotom nach beiden Seiten erweitert; die Höhle ist völlig leer, enthält kein altes Blut mehr. Kein übelriechender Ausfluss. Per rectum fühlt man noch einen grösseren Tumor; in dem entleerten Sack (Vagina) ist kein Muttermund, keine Portio zu fühlen. Es mussten nun in der Höhe dieser Höhle auf's Neue Verwachsungen

durchtrennt werden unter abermaliger Controle des Rectums und der Blase; auch diese Strecke war ziemlich lang; endlich wurde auch der zweite Tumor eröffnet; es entleerte sich abermals altes Blut wie oben, ebenfalls ohne Mikroben. Der Sack, der nach der Entleerung mittelst Ausspülung sichtbar wird, hat derbe, dicke, schwielige Wandungen; dieselben werden mit Fasszangen tief an die Vulva herangezogen und hier festgenäht. Ein Stück der Wandung wird excidirt behufs mikroskopischer Untersuchung, um die Natur des Sackes (ob Cervix oder Vagina) genau festzustellen. Auch in dieser Höhle konnte keine Portio gefühlt werden. Die Sondirung gelingt nur sehr schwer; endlich geht die Sonde 18 cm lang in die Höhle und kann oben an dem noch fühlbaren Tumor — fundus uteri — gefühlt werden. Sonstige Tumoren können nicht nachgewiesen werden. Genaue Desinfection des Sackes mit Sublimat, Chlorzink. Einstäuben von massenhaft Jodoform.

Erwacht klagt Patientin über heftigen Kopfschmerz, bricht viel, namentlich auf Antipyrin. Keine Leibschmerzen, kein Meteorismus. Abends sinkt die Temperatur etwas. Puls langsam, voll; Zunge feucht, nicht belegt

Temp. 2^h 39.1 (Antip. 1,0)
6^h 38.8; 10^h 39.2.

12. Patientin fühlt sich noch etwas matt, sonst aber bedeutend wohler. Kein Erbrechen, kein Meteorismus.

Temp. 8^h 38.7; 12^h 39.3;
4^h 39.0; 8^h 39.0.

13. Das Wohlbefinden bessert sich stetig. Temp. normal.

Die mikroskopische Untersuchung des excidirten Stückes ergab, dass dasselbe dem Cervix angehörte. Im weiteren Verlaufe traten mehrmals Temperatursteigerungen ein, die jedesmal 2 bis 3 Tage anhielten. Dieselben waren von gar keinen anderweitigen Erscheinungen begleitet; auch konnte durch Untersuchung keine Ursache dafür nachgewiesen werden. Wir haben die Temperaturerhöhung wohl als durch Resorption von septischen Stoffen bedingt zu betrachten, die an Stellen erfolgte, welche der Untersuchung nicht zugänglich waren. Es wurden fortwährend antiseptische Ausspülungen vorgenommen und unter geeigneter Pflege trat bald Heilung ein. Drei Wochen nach der Operation ergab die Untersuchung, dass rechts hoch oben in der Scheide eine kleine Aus-

buchtung vorhanden war, während links eine kleine Oeffnung in den nach links verlagerten Uterus führte. Auch die Scheide war etwas nach links gelagert. Nach einiger Zeit wurde die Patientin als geheilt entlassen.

Am 27. October 1887 meldete sich B. abermals zur Aufnahme in die hiesige Klinik und klagte, dass sich seit Weihnachten 1886 wieder die alten Beschwerden eingestellt hatten; auch bemerkte sie seit dieser Zeit wieder das Auftreten einer Geschwulst im Leibe. Die Beschwerden steigern sich alle vier Wochen bis zur Unerträglichkeit. Bis dahin war B. noch nie menstruirt.

Status praesens:

Blasses, schlecht ernährtes Mädchen von normaler Constitution. Herz und Lungen normal. Die Brüste sind wenig entwickelt und ohne Inhalt. Der Leib ist stark aufgetrieben von einem prall elastischen Tumor, über welch' letzterem absolute Dämpfung besteht. Die leiseste Berührung ist ausserordentlich schmerzhaft. Vulva blass, geschlossen. Um die Vulva und Anus herum zeigen sich mehrere grössere Condylome.

Die Vagina ist dicht hinter dem Hymen durch eine narbige Verwachsung verschlossen. Tuben und Mutterbänder sind nach oben verdrängt.

Ovarien sind nicht zu fühlen. Die Blase ist colossal ausgedehnt bis über den Nabel.

Per rectum fühlt man einen das ganze Becken ausfüllenden Tumor, tief bis zum Scheidenverschluss hinabreichend, nach oben deutlich sich verschmächtigend und mit einer kleinen Kuppe — Uterus — abschliessend.

27. X. Chloroformnarkose: Beim Katheterisiren der Blase entleeren sich einige Liter äusserst stinkenden missfarbigen Urins. Nach der Entleerung der Blase zeigt sich der Leib stark verkleinert und in der Gegend des Uterus ein fester Tumor.

Eisblase, Morphium, Klystier. Temp. 38.6. P. 120.

28. X. Die Blase muss wieder mit dem Katheter entleert werden; alsdann wird dieselbe ausgespült mit Sublimat 1 : 6000 und hierauf mit Arg. nitr. 1 : 100. Subj. Befinden besser. Temp. 39.5. P. 120.

29. X. Patientin kann spontan Urin lassen; fortwährend Eisblase. Temp. 39.5. P.120. Stuhl normal.

2. XI. Die Schmerzen sind bedeutend herabgesetzt und treten nur immer auf kurze Zeit ein. Temp. 39.5. P. 108.

7. XI. Klinische Demonstration in Chloroformnarkose und Operation: Incision. Die vorgebuchtete Verschlussmembran wird mit dem Haken gefasst und ein rundes Stück derselben herausgeschnitten. Es entleert sich hierauf eine grosse Menge dickflüssigen, chocoladefarbenen Blutes. Aus der Narkose erwacht empfindet Patientin keine Schmerzen. Kein Erbrechen. Temp. 36.5. P. 78.

8. XI. Das Befinden der Patientin ist ein sehr gutes; keine Schmerzen, kein Brechen, kein Fieber. Es fliesst fortwährend Blut ab, welches von massenhaft vorgelegter Watte aufgesogen wird.

9. XI. Status idem. Patientin kann des Nachts gut schlafen und fühlt sich wohl; keine Schmerzen. Temp. 38.8.

10. XI. Patientin hat nur mehr fleischwasserähnlichen Ausfluss: das subjective Befinden ist trotz der hohen Temperatur 39.8 gut.

18. XI. Der Ausfluss hat nunmehr völlig sistirt. Temp. normal. Befinden gut. Die durch die Incision geschaffene Oeffnung wird durch eingelegte Jodoformtampons offen erhalten. Patientin wird noch vierzehn Tage in der Klinik und fast immer im Bette gehalten.

Die am 6. XII. 87 nochmals vorgenommene genaueste Untersuchung in Narkose ergab folgenden Befund: Der Scheideneingang ist bequem für einen Finger durchgängig; ca. 4 cm hinter dem Scheideneingange stösst der untersuchende Finger auf eine an der rechten Vaginawand befindliche etwa wallnussgrosse Ausbuchtung der Scheide, welche sich recessusartig nach rechts und hinten erstreckt. Diese Ausbuchtung, welche als ein zweites Scheidenrudiment imponirt, endigt in der Tiefe von $2^1/_2$ cm blind; links führt die Scheide stark nach hinten und setzt sich ca. 10 cm vom Scheideneingang aus fort in einen Kanal, der in den nach links gelegenen, stark anteflektirten Uterus führt; die Höhle dieses Uterus ist 4 cm lang. Portio und Cervix ist an diesem Uterus nicht nachzuweisen, sondern es geht die Scheidenwand unmittelbar

in die Wand des Cervix über. Hinter diesem Uterus nun befindet sich ein ca. hühnereigrosser, birnförmiger Körper, der wohl als zweiter Uterus anzusprechen ist; jedoch ist eine Communikation mit der Scheide nicht nachzuweisen. Von der Kuppe dieses hinteren Tumors zieht ein rabenfederkieldicker Strang nach rechts, und lässt sich in einiger Entfernung ein kleiner, mandelkerngrosser, ovaler Körper nachweisen.

Ebenso ist, von der linken vorliegenden Uterushälfte abgehend, links Tube und Ovarium an der linken Beckenwand deutlich zu palpiren. Der untere Theil des rechten und hintengelegenen Uterus lässt sich von dem ausgebuchteten Theile der rechten Scheidewand aus zwar fühlen, doch ist irgend eine Communikation oder Verwachsung auch hier nicht nachzuweisen.

7. XII. Patientin fühlt sich wohl. Die Scheide wird durch Jodoformgaze offen gehalten.

8. XII. Patientin mit bequem zugänglicher Scheide entlassen.

Die Atresieen der Scheide sind in der Litteratur bereits sehr vielfältig und eingehend geschildert und ihre Therapie erschöpfend behandelt. Wir erlauben uns daher, dieselben hier zu übergehen. Nur bezüglich der Nachbehandlung operirter Scheidenverschlüsse möchten wir die auch in der hiesigen Klinik geübte Methode als sehr empfehlenswerth hervorheben, nach welcher die durch die Operation gesetzte Oeffnung durch eingelegte Jodoformtampons offen gehalten wird. Dieses Verfahren continuirlicher Tamponade hat vor den übrigen entschieden den Vorzug, dass es beliebig lange angewendet werden kann und dadurch einen Wiederverschluss der Scheide sicher hintanhält, ausserdem eine Infection von Aussen abzuhalten vermag.

Der Uterus didelphys ist früher meistens bei Früchten gefunden worden, die wegen anderweitiger Missbildungen lebensunfähig waren. Aus diesem Grunde war Kussmaul der Ansicht, dass „das Vorkommen zweier gänzlich getrennter Gebärmütter immer an andere beträchtliche Missbildungen der betroffenen Individuen gebunden sei; der Uterus didelphys sei kein selbstständig auftretender Bildungsfehler.“ Die Existenz dieser Anomalie ist indessen auch bei sonst wohlgestalteten Individuen sicher vorhanden und beweisen dies, abgesehen von dem unserigen, eine

Reihe von Fällen, welche sowohl durch Autopsie, als auch durch sorgfältige Untersuchung als Uterus didelphys nachgewiesen sind.

1. Fall Heppner.

Uterus et Vagina duplex. Einmündung des gemeinsamen Scheidenabschnittes in den Canalis uro-genitalis. Atresia ani vaginalis. Operation des Anus imperforatus am lebenden Kinde versucht. Tod durch Peritonitis. Spirituspräparat des St. Petersburger Findelhauses.

Die Uteri sind völlig getrennte Organe, nur die Scheiden communiciren bei dem Eintritt in den Uro-genital-Kanal. Der linke Uterus hat 1,1 cm Durchmesser, der rechte 1,4. Die Uteri sind hohl und besitzen deutliche Cervices, deren Cava die der Corpora an Weite übertreffen. In den accessorischen Organen des Uterovaginal-Kanals zeigt sich keine Anomalie. Die Nieren confluiren hufeisenförmig.

2. Fall Ollivier.

Ollivier beobachtete Uterus et Vagina duplex bei einer verheiratheten Frau, die seit ihrer letzten Geburt, welche unter eclamptischen Anfällen verlaufen war, krank gewesen und an Lebercirrhose gelitten haben sollte. Voraufgegangen waren vier normale Geburten und eine Zangenentbindung. Bei der Section fanden sich zwei Uteri, die durch Darmschlingen getrennt waren. Der linke Uterus war am bedeutendsten entwickelt, der rechte auch normal, aber entschieden virginal: ebenso war das Verhalten der beiden Portionen. Diesem Befund nach hatten sich im linken Uterus alle sechs Schwangerschaften abgespielt. Die Adnexa waren beiderseits normal. Die Vagina besass eine Scheidewand und endete dieses Septum in einer dreieckigen Falte, die ganz wie eine kleine Schamlippe aussah und etwas hervorragte. Die Vulva war im Uebrigen normal.

3. Fall Le Fort.

Ollivier citirte einen von Le Fort gelegentlich einer Section beobachteten Fall, welcher eine 25jährige Frau betraf und dem vorigen ganz ähnlich ist.

4. Fall Boenike.

Boenike beobachtete und constatirte bei einer Geburt mit Bestimmtheit das Vorhandensein eines Uterus didelphys, wobei sich die linke Seite als der Sitz der Frucht erwies.

5. Fall v. Heitzmann.

Dieser Fall ist wohl der exquisiteste, der in der neuesten Zeit veröffentlicht ist. Ein 23jähriges Mädchen wurde längere Zeit hindurch erfolglos an einem blennorrhoischen Ausfluss behandelt. Bei genauer Besichtigung fand sich ein 2 Linien dickes, fleischiges Septum der Vagina, welches von der Grenze des unteren zum mittleren Dritttheil bis in den Fornix hinauf sich erstreckte und so die Scheide in zwei vollkommen entwickelte, jedoch ungleiche Hälften theilte.

Im Grunde eines jeden Fornix präsentirte sich eine wohl sehr kleine, aber völlig normal gebildete Portio mit quergespaltenem Ostium. Durch jeden Muttermund konnte die Sonde in fast normaler Länge eingeführt werden, und zwar links 5, rechts 4½ cm tief; während in beiden Uterushälften die Sonden lagen, konnte man sich durch die bimanuelle Untersuchung überzeugen, dass sich zwischen beiden Uteris eine schmale Brücke von geringem Maasse befand, welche aber nur die unteren Partieen der beiden Collumhälften verband, weiter oben aber nicht mehr nachzuweisen war, insbesondere aber zwischen den beiden Körperabschnitten vollkommen fehlte, so dass letztere einen hohen Grad von Beweglichkeit behielten. Der Abstand beider Vaginalportionen betrug 2½ cm, jener der Fundusantheile konnte auf 5—6 cm vergrössert werden. Die Ovarien schienen etwas kleiner als normal. Das Mädchen war von ihrem 15. Lebensjahre an regelmässig menstruirt und bot die Periode nichts Auffallendes dar.

Tauffer operirte das Scheidenseptum einer Frau, deren Gebärmütter vollkommen getrennt waren.

6. Fall Lebedew.

Bei diesem interessanten Fall, welchen Lebedew beobachtete, war die eine Hälfte des Genitalkanals durch eine Atresia hymenalis verschlossen, infolge dessen bildete sich Haematocolpos und Haematometra lateralis aus.

Die 21jährige Kranke, Lehrerin, litt an Amenarrhöe und Leibschmerzen. Diese Schmerzen wiederholten sich alle 3 Wochen und wurden vom October 1880 sehr heftig. Vom März 1881 an wurden sie beständig und verbanden sich mit Diarrhöe. Bei der Untersuchung (unter Chloroform) durch das Rectum bemerkte man eine fluktuirende Geschwulst, welche die Scheide ausfüllte und

oberhalb des Beckens in zwei getrennte seitliche Geschwülste überging. Spaltung des Hymens mit Ausfluss theerartigen Blutes; Einführung eines Kautschukschlauches, Aufhören des Blutabganges am 3. Tage.

Die nachträglich angestellte Untersuchung zeigte vollständige Theilung der Vagina bis ¼ Zoll oberhalb des Hymens, doppelte Portio vaginalis und zwei getrennte Uterushörner, zwischen welche man die Finger legen kann. Bei der Messung mit der Sonde fand sich das rechte Horn 4, das linke 4½ Zoll lang.

Hieran reihen sich noch vier sehr interessante Fälle, welche in der Berliner Universitäts-Frauenklinik zur Behandlung gekommen und von Freudenberg und Las Casas dos Santos mitgetheilt sind.

Fall I. Freudenberg.

Bei einem 15jährigen, schwach entwickelten Mädchen wurde eine Haematometra lateralis bei einfacher Scheide constatirt. Da nach Punction der Geschwulst sich wieder Verschluss des Kanals und eine neue Blutansammlung herausbildete, so wurde zwei Jahre später eine neue Punction vorgenommen, hierbei ein Stück der Verschlussmembran excidirt und die Uterus- und Vaginal-Schleimhaut miteinander in dem neugebildeten Kanal vereinigt. Die Patientin starb unter peritonitischen Erscheinungen. Letztere wurden durch das Platzen einer Pyosalpinx hervorgerufen. Die Section ergab Folgendes: Die beiden Uteri sind vollkommen getrennt. Zwischen denselben und mit ihnen verwachsen befindet sich das Rectum. Der rechte Uterus war als Sitz der Blutansammlung stark gedehnt, das Cavum war 3,7 cm lang. Der linke Uterus war kleiner, walzenförmig; die Länge desselben betrug 6,5 cm. Die beiden Cervices waren miteinander durch eine dreieckige Platte verbunden, nur die untersten Partien des Halskanals lagen direct aneinander. Die Vagina war einfach. Zahlreiche peritonitische Schwarten und Verklebungen.

Fall II (publicirt von Las Casas dos Santos).

Dieser Fall betrifft ein 22jähriges Mädchen; seit fünf Jahren unregelmässig menstruirt. Nie geboren, noch abortirt. Vom Cervix erstreckt sich im Bogen nach rechts und vorn ein Uterushorn, in welchem die starke, gebogene Sonde 7 cm hineingeht. Rechts davon an der Beckenwand ein normales Ovarium, links, unmittelbar

an ihm ansitzend, ein weicher Tumor, welcher ungefähr von der Grösse einer kleinen Faust ist. Links oben auf diesem Tumor fühlt man einen kleinen harten Knüttel. An der linken Beckenwand fühlt man deutlich einen kleinen verschieblichen Körper.

Im Speculum: Muttermund klein, aus ihm quillt ziemlich viel überaus ekelhaft stinkender Eiter; der Tumor erscheint im Ganzen kleiner, schlaffer. Von dem Cervix aus kommt man mit der Sonde etwas nach links herüber in den Tumor hinein. Nach Fixirung der Portio im Speculum durch Muczeux'sche Zange wird erst die linke Cervixhälfte gespalten, ohne dabei den Tumor zu eröffnen; dann wird mit einem spitzen Messer in den untersten Theil desselben ein Einschnitt gemacht und von hier aus gelangt man in eine grosse, mit glatten, aber vielfach buchtigen Wänden umgebene Höhle, welche sich etwas seitwärts an der Scheide herunter und links herein nach dem Becken erstreckt. Dieselbe war übrigens ziemlich leer. Ein von der Wand abgekratztes Stückchen zeigt reichliche, grosse Zellen. Einlegung eines Drainrohres: Verlauf vollkommen normal. Bei der Entlassung ist vom Tumor nichts mehr zu fühlen; man kommt vom Cervix aus in eine Höhle, die von unebenen, stark wulstigen, resistenten Wänden umgeben ist; auch nach unten setzt sich dieselbe nicht mehr fort.

Fall III.

26jährige Frau, regelmässig und schmerzlos menstruirt, hat 3mal geboren; letztes Kind vor 3½ Monaten. Seitdem Schmerzen im Unterleib.

Von der hinteren Lippe der Portio zieht sich an der hinteren Scheidenwand ein scharfer Strang von nicht narbiger Natur. Uterus etwas vergrössert, nach rechts gedrängt; links von ihm ein etwas kleinerer Tumor.

Im Speculum sieht man rechts den puerperalen Muttermund, links eine zweite Portio mit einem querspaltigen, kleinen Muttermund; zwischen beiden Portionen ein deutliches Septum; die Sonde geht durch das linke Orificium 6 cm tief ein, durch das rechte 8 cm. Per rectum kann man deutlich den Finger zwischen beide Uteri legen.

Fall IV.

Frau S., 28 Jahre alt. Zum ersten Male mit 15 Jahren

menstruirt, unregelmässig, aber ohne Schmerzen. Einmal im 6. Monat abortirt.

Jetzige Schwangerschaft: Letzte Menses vor 9 Monaten. Fundus ein Finger unter dem Rippenbogen. Kleine Theile links; Rücken und Herztöne rechts. Beckenmaasse: D. Sp. 26. D. Cr. 29. 29; D. Fr. 20,5. C. act. 19. Introitus und Scheide weit. Cervix, ca. 3 cm lang, zeigte rechts einen Riss, starke gewulstete Schleimhaut; derselbe ist für 2 Finger durchgängig. Kopf nach rechts abgewichen, Blase steht. Links kommt man ca. 3 cm über dem äusseren Muttermund in eine kleine Höhle, welche sich nach hinten in die linke Beckenaushöhlung erstreckt: hier liegt im Beckeneingang ein faustgrosser Tumor von mässig weicher Consistenz, der sich neben dem Uterus nach vorn aufrichten lässt und in welchen die obige Höhle hinein sich erstreckt. Aus der Höhle lassen sich viele Fetzen Decidua entleeren.

In Chloroformnarkose wird der obige Tumor nach vorn oben geschoben, so dass er als gänseeigrosser Tumor über dem Poupartschen Bande links zu fühlen ist. Dann wird die Blase gesprengt und der Kopf in's Becken gedrückt. Starke Wehen, wobei sich das linke und rechte Horn synchron contrahiren. Nach 3 Stunden Geburt eines lebenden Mädchens in zweiter Schädellage: nach weiteren 30 Minuten folgte die Placenta.

Befund nach der Geburt: Der rechte Fundus steht fast am Nabel rechts, gut contrahirt; linkes Horn, auch contrahirt, liegt ante et sinistro, flektirt. Die Zwischenwand zwischen beiden Hörnern ist sehr dünn, so dass die Hände sich auf ca. 2 cm nähern lassen. Linke Anhänge gehen sehr deutlich vom linken Horn nach hinten; linkes Ovarium, sehr klein, liegt dicht an der linea innominata. Die linke Seite des rechten Hornes und die rechte Seite des linken Hornes sind durchaus glatt. Rechte Anhänge sind sehr deutlich zu fühlen und als normal abzutasten; das Ovarium ist gross und sehr beweglich. Rechts fühlt man das Lig. rotund. sehr deutlich, links ist es weniger deutlich zu fühlen.

Sehr interessant ist bei diesem Falle, dass der nicht geschwängerte Uterus sich hierbei als Geburtshinderniss erwiesen hat.

Ausser diesen sind noch vier ähnliche Fälle aus der Dr. A. Martin'schen Privatanstalt für Frauenkrankheiten veröffentlicht von F. Kiderlen — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynae-

kologie XV. Bd. I — bei welchen es sich jedoch nicht, wie bei uns, um Uterus duplex separatus, sondern um Uterus bicornis handelt. Wenn wir nämlich die oben angeführten Fälle mit dem von uns beschriebenen vergleichen, so müssen wir entschieden annehmen, dass auch hier mit grösster Wahrscheinlichkeit diese Anomalie vorliegt. Die Lage und Gestalt des erwähnten rechts und hinter dem Uterus gelegenen zweiten Tumors, sowie die von ihm abgehenden Adnexa, welche man nicht leicht anders denn als Tube und Ovarium deuten kann, dürften diese Annahme wohl in vollem Maasse rechtfertigen.

Dieser zweite Uterus ist allerdings nur unvollkommen ausgebildet und entbehrt in dieser seiner rudimentären Eigenschaft offenbar auch der ihm zukommenden physiologischen Functionen. Aus dem letzteren Umstande erklärt sich auch die Thatsache, dass er, obwohl vollständig atretisch, bis jetzt noch keine Erscheinungen macht. Ob diese Verhältnisse auch im Falle einer Schwangerschaft (des zweiten Uterus) so bleiben, steht dahin, da immerhin zu befürchten ist, dass er in diesem Falle eine unangenehme Complikation, wenn nicht gar ein Geburtshinderniss abgeben kann.

Der links gelegene Uterus ist wohl als normal zu bezeichnen. Der Umstand, dass bei ihm Vaginal-Portion und Cervix bei der Untersuchung nicht nachzuweisen waren, ist verursacht durch die vorhanden gewesene und aus der Vaginal-Atresie resultirte Haematokolpos und consecutive Haematometra, die in höheren Graden ja häufig den Cervix so ausdehnt, dass derselbe mit der Vagina einen Schlauch bildet. Die Rückbildung dieser Theile erfolgt natürlich erst allmählig nach Aufhebung des dehnenden Binnendruckes.

Die Annahme, dass die an der rechten Vaginalwand vorhandene recessusartige Ausbuchtung das Rudiment einer zweiten Scheide vorstellt, ist eine sehr naheliegende und ist dieselbe anders wohl kaum zu erklären. Ueberdies ist es ein häufiges Vorkommniss, dass sich bei Uterus duplex auch vollständige oder partielle Duplicität der Scheide findet.

Dirner macht darauf aufmerksam, dass in dem von ihm mitgetheilten sowie in einigen anderen Fällen von Uterus didelphys cum Vagina duplice der linke Uterus grösser ist, als der rechte.

Auch in unserem Falle ist der linke Uterus bedeutend grösser als der rechte: indessen kann diese Thatsache allein unseres Erachtens nicht als Stütze für die Annahme der Scheidenduplicität gelten. Dass die hier bestimmt vorliegende Anomalie der Duplicität des Uterus gelegentlich der früheren Untersuchungen so ganz der Wahrnehmung entgangen ist, dürfte ein Wink sein, wie nöthig es ist, bei jeder sich bietenden Vaginal-Atresie nach deren Beseitigung auch die inneren Theile des Genital-Apparates auf das Genaueste zu exploriren und ihre Lage sowie Umgebung festzustellen.

Litteratur.

Dirner, Archiv für Gynaekologie 1883 84 XXII.

Fürst, Monatssch. XXX.

Haffner, Berl. klin. Wochenschrift 1880 XVII.

Kubassow, Virchow's Archiv XCII 1883.

Kussmaul A., Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter. Würzburg 1859.

Meissner, Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1842.

W. H. Busch, Ueber das Geschlechtsleben des Weibes.

Schröter, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig 1886.

Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie XXI.
Freudenberg und **Las Casas dos Santos.**

Rokitansky, Ueber die sog. Verdoppelungen des Uterus. Med. Jahrbücher d. österr. Staates. Wien 1838.

Schmitt, Jahrb. 1873 Bd. 158.

Hagen, Inaugural-Dissertation, Erlangen 1885.